



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

MARCELLA CARVALHO FRANCO DOS SANTOS

**EXERCÍCIOS EM GRUPO PARA MULHERES NO CLIMATÉRIO:
INFLUÊNCIA NOS SINTOMAS E NA QUALIDADE DE VIDA**

SANTOS

2017

MARCELLA CARVALHO FRANCO DOS SANTOS

**EXERCÍCIOS EM GRUPO PARA MULHERES NO CLIMATÉRIO:
INFLUÊNCIA NOS SINTOMAS E NA QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Universidade
Federal de São Paulo como
parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel
em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Maria
Teresa Pace do Amaral

SANTOS

2017

Dedicatória

À Deus, o autor e consumidor da minha fé, Aquele que me concedeu sabedoria para questionar realidades e enxergar novas possibilidades. Sem Sua força e sustento, essenciais para que eu persistisse ao longo de minha jornada, não seria possível a conclusão desta monografia.

“... Porque tudo vem de Ti, e nós apenas te damos o que vem das Tuas mãos.”

1 Crônicas 29:14

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus pais, por serem meu alicerce, abrigo e apoio.

À minha irmã, por todo companheirismo, ao meu namorado e sua família pelo grande incentivo e às minhas amigas, por compreenderem minha ausência.

Sou grata à minha orientadora por sua paciência e infinitas instruções.

Às professoras que fazem parte do Projeto Climatério e cada uma das alunas que fizeram parte desta extensão, vocês me ensinaram dia após dia.

Sou grata pela vida de cada pessoa com quem pude dividir meus anseios e receber suporte em oração, que Deus as retribua.

Por fim, agradeço à cada uma das mulheres que se dispuseram à participar deste estudo. Através da convivência, experiências e afeto aprendi muito sobre o que é ser fisioterapeuta.

Resumo

Introdução: no Município de Santos, o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) no ano de 2010, mostrou que aproximadamente 12,8% da população total da cidade são mulheres entre 50 e 69 anos de idade. Considerando as especificidades da mulher em seu processo de envelhecimento, torna-se necessário que profissionais atuantes na área da saúde utilizem estratégias que contribuam para a melhora da qualidade de vida dessa população. **Objetivo:** verificar a influência de um protocolo de exercícios em grupo, nos sintomas e na qualidade de vida de mulheres climatéricas. **Materiais e Métodos:** ensaio clínico com abordagem antes e depois, sendo cada mulher controle de si mesma. Participaram do estudo 18 voluntárias com idade entre 47 e 65 anos, com sintomas climatéricos. As voluntárias, usuárias do Instituto da Mulher e da Gestante de Santos, responderam ao Índice Menopausal de Kupperman e ao questionário de qualidade de vida SF-36, antes e após a intervenção. O programa foi composto por exercícios em grupo e orientações domiciliares através de manual específico, durante 3 meses. **Resultados:** a intensidade dos sintomas menopausais, avaliada pelo Índice Menopausal de Kupperman, apresentou diminuição de 23,89 (DP=12,25) para 19,61 (DP=10,61) pontos no escore total. O resultado do questionário SF-36 mostrou melhora em todos domínios avaliados, após três meses de intervenção. **Conclusão:** a aplicação de um protocolo de exercícios em grupo e orientações domiciliares foi eficaz para melhorar a qualidade de vida e controlar a sintomatologia de mulheres noclimatério.

Palavras-chave: fisioterapia, saúde da mulher, climatério, qualidade de vida.

Abstract

Introduction: In the city of Santos, the census carried out by the Brazilian Institute of Statistical Geography in 2010 showed that approximately 12.8% of the total population of the city are women between 50 and 69 years of age. Considering the specificities of women in their aging process, it is necessary for professionals working in the health area to use strategies that contribute to the improvement of the quality of life of this population. **Objective:** to verify the influence of a group exercises protocol, on the symptoms and quality of life of climacteric women. **Materials and Methods:** clinical trial with the before and after approach, with each woman controlling herself. Eighteen volunteers aged between 47 and 65 years and climacteric symptoms participated in the study, from January 2015 to June 2017. The volunteers, linked to the Institute of Women and the Pregnant of Santos, responded to the Kupperman Menopausal Index and the SF-36 quality of life questionnaire, before and after the intervention. The program consisted of group exercises and home guidance through a specific manual for 3 months. **Results:** the intensity of menopause symptoms, evaluated by the Menopausal Index of Kupperman, presented a decrease from 23.89 (SD = 12.25) to 19.61 (SD = 10.61) points in the total score. The result of the SF-36 questionnaire showed improvement in all evaluated domains after three months of intervention. **Conclusion:** the application of a group exercise protocol and home guidelines was effective to improve the quality of life and to control the symptoms of climacteric women.

Key words: physiotherapy, women's health, climacteric, quality of life.

Sumário

1- Introdução	09
2- Objetivos	20
2.1- Objetivo geral	20
2.2- Objetivos específicos	20
3- Materiais e métodos	20
3.1- Voluntárias	20
3.1.1- Critérios de inclusão	22
3.1.2- Critérios de exclusão	22
3.2- Considerações éticas e legais	23
3.2.1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	23
3.3- Materiais	24
3.3.1- Índice Menopausal de Kupperman	24
3.3.2- Questionário de Qualidade de Vida SF-36	25
3.3.3- Protocolo de exercícios em grupo	25
3.3.4- Instrumentos para coleta de dados	26
3.4- Procedimentos	27
3.5- Coleta de dados	27
3.6- Análise estatística	27
4- Resultados	27
5- Discussão	33
6- Conclusão	40
7- Referências bibliográficas	42
8- Anexos	51
8.1- Anexo 1: lista de verificação	51
8.2- Anexo 2: avaliação fisioterapêutica inicial e final	52
8.3- Anexo 3: Índice Menopausal de Kupperman	54
8.4- Anexo 4: Questionário de Qualidade de Vida SF-36	55

1- Introdução

Segundo o Censo Demográfico de 2010, há no Brasil uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres, com resultado de um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens. Com estes dados, acentuou-se a tendência histórica de predominância feminina na população do Brasil, já que em 2000 o indicador era de 96,9 homens para cada 100 mulheres. O crescimento absoluto da população do Brasil nestes últimos dez anos se deu principalmente em função do crescimento da população adulta, com destaque também para o aumento da participação da população idosa (IBGE, 2010).

O Brasil, à semelhança de outros países latino-americanos, passa por um processo de envelhecimento populacional acelerado e intenso. Entre 1980 e 2000, a proporção de brasileiros com mais de 60 anos aumentou de 6,1% para 8,6%, devendo chegar a 14% até 2025, o que representará uma das maiores populações de idosos no mundo. No município de Santos, o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, mostrou que há 419.757 habitantes, sendo que 30.797 são mulheres na faixa etária entre 50-59 anos, e 23.216 na faixa etária de 60-69 anos, representando aproximadamente 12,8% da população total da cidade (IBGE, 2010; UCHÔA, 2008; VELOZ, NASCIMENTO-SCHULZE e CAMARGO, 1999).

Esse aumento do envelhecimento populacional vem atrelado a uma demanda de reorganização do sistema de saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio devido às doenças crônicas e disfunções características deste grupo populacional (NASRI, 2008).

A atenção à saúde da mulher foi incorporada às Políticas Públicas no início do século XX, com maior evidência na década de 70. Entretanto, tais políticas se limitavam à saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica. Em 1980, o documento *Atenção Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática* serviu de apoio para o *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM*, publicado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1984. Tal programa teve como princípio, além da ênfase nos

aspectos reprodutivos, ações dirigidas para a atenção integral da população feminina, incluindo-se atenção ao climatério. Dentro dessa perspectiva, ações específicas de atenção ao climatério foram sendo desenvolvidas e em 1994, o MS lança a *Norma de Assistência ao Climatério*. Em 2003, um capítulo específico sobre a atenção ao climatério foi inserido no documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes*, com o objetivo de ampliar o acesso dessas mulheres e qualificar a atenção nessa fase do ciclo de vida reconhecendo a necessidade de que as ações multiprofissionais sejam colocadas em prática nos serviços de saúde e construindo uma relação humanizada e respeitosa com as usuárias (BRASIL, 2008).

A partir do contexto populacional do município de Santos e das diretrizes do Ministério da Saúde em relação às mulheres no climatério, torna-se necessário que o profissional de saúde seja capaz de intervir não só na prevenção, mas também na promoção de saúde com o propósito de orientar, informar e educar favorecendo melhor qualidade de vida para essas mulheres. Dessa forma, a implantação de programas de atenção à mulher climatérica na rede básica, mais especificamente no Instituto da Mulher do município de Santos, poderá contribuir para a efetivação dos princípios estabelecidos pelo SUS, no que diz respeito à atenção específica a esse grupo populacional.

O climatério representa a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, sendo que neste período de tempo ocorre a menopausa, evento correspondente à última menstruação fisiológica da mulher. Através de estudos populacionais estabeleceu-se que a menopausa ocorre por volta dos 50 anos de idade (PINTO-NETO, COSTA-PAIVA & FONSECHI-CARVASAN, 2003).

Durante o climatério, ocorrem mudanças endócrinas em consequência do declínio da atividade ovariana; mudanças biológicas em função da diminuição da fertilidade; e mudanças clínicas consequentes das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas (WHO, 1981).

O climatério pode ser dividido em pré, peri e pós menopausa, segundo a Sociedade Internacional de Menopausa (1999):

- *pré menopausa*: inicia-se em geral após os 40 anos em mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao que tiveram durante sua vida reprodutiva; há também diminuição da fertilidade;
- *perimenopausa ou transição menopausal*: tem seu início dois anos antes da última menstruação e estende-se até um ano após; os ciclos menstruais são irregulares e há alterações hormonais;
- *pós menopausa*: inicia-se um ano após o último período menstrual; é subdividida em precoce (até cinco anos da última menstruação) ou tardia (mais de cinco anos).

Embora esteja associada às alterações dos hormônios hipotalâmicos e hipofisários que controlam o ciclo menstrual, a menopausa não é um evento central, mas sim, uma insuficiência ovariana primária. Há diminuição dos folículos ovarianos, provavelmente decorrente da morte celular programada. Dessa forma, o ovário não consegue mais responder aos hormônios hipofisários foliculoestimulante (FSH) e luteinizante (LH), cessando a produção ovariana de estrogênio e progesterona (SHIFREN e SCHIFF, 2008).

O climatério pode representar para a mulher, fase de desenvolvimento pessoal e bem estar físico, como também de desestabilização e somatizações. A própria atitude da mulher em relação à menopausa é considerada importante preditora dos sintomas e do bem estar psicológico no climatério (CURY, 2007).

As principais consequências da menopausa estão relacionadas principalmente com a deficiência de estrogênio, consistindo em sintomas vasomotores, doenças cardiovasculares, alterações do trato urogenital, disfunção sexual, osteoporose e declínio cognitivo, descritas a seguir (AMARAL, 2011).

Sintomas Vasomotores

Denominados fogachos, são considerados os sintomas mais comuns entre as mulheres menopausadas por terem interferência direta nas atividades domésticas, laborais e no sono⁹, podendo se associar às queixas psicossomáticas, como tensão, irritabilidade, cefaleia, depressão, dores musculares e ósseas (FERNANDES, BACARAT e LIMA, 2004).

São sensações transitórias, repentinas, que vão desde aquecimento até calor intenso. Durante os fogachos, a temperatura da pele eleva-se assim como o fluxo sanguíneo, sendo capaz de aumentar entre 1 e 7° C. Uma súbita onda de calor se espalha na parte superior do corpo e face, com consequente transpiração e frio após a onda de calor. Também pode ocorrer durante o sono provocando suores noturnos (FERNANDES, 2003).

Além da elevação da temperatura da pele, há vasodilatação periférica, aumento transitório dos batimentos cardíacos e mudanças na impedância da pele. A origem das ondas de calor parece estar relacionada com variação no sistema termorregulatório hipotalâmico, que acarreta instabilidade vasomotora periférica característica (dilatação capilar e sudorese) e também alterações comportamentais concomitantes à dissipação do calor. A atividade reduzida do sistema opióide endógeno também parece exercer papel importante no distúrbio do mecanismo que regula a homeostase termorregulatória, seja envolvendo a secreção de LH, seja pela modulação dos receptores estrogênicos em nível central. Aproximadamente 65 a 75% das mulheres apresentam esses sintomas; e até 80% permanecerão com essa queixa por mais de um ano (FERNANDES, BACARAT e LIMA, 2004).

A frequência dos fogachos não segue um padrão, podendo ser diário, semanal ou até mensal. O período de duração é de 3 a 5 anos, e na maioria das vezes o término deste sintoma acontece sem qualquer tratamento. Entretanto, algumas mulheres poderão experimentar estes desconfortos por vários anos após a menopausa (FERNANDES, 2003).

Doenças Cardiovasculares

Hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, vida sedentária, hipercolesterolemia, estresse e antecedentes familiares da doença, são fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), tanto para os homens quanto para as mulheres. Entretanto, o risco cardiovascular entre as mulheres tem aumentado a partir do climatério, após os 55 anos de idade. Isso se deve ao fato dos estrogênios exercerem efeitos protetores no processo de desenvolvimento da aterosclerose, atuando de forma benéfica no

perfil lipídico (BAGNOLI et al., 2014; FERNANDES, 2003).

Os mecanismos de proteção cardiovascular dos estrogênios são diversos e complexos. Entre eles encontram-se vasodilatação por mecanismos independentes do endotélio; atividade antioxidante; inibição do crescimento e migração do músculo vascular, impedindo o espessamento na túnica íntima da artéria; proteção contra lesões nas células endoteliais, entre outros. Dessa forma, na medida em que a mulher avança no período climatérico, esse efeito protetor do estrogênio em relação ao vaso, é perdido (FERNANDES, BACARAT e LIMA, 2004).

Alterações do Trato Urogenital

A diminuição dos níveis de estrogênio no climatério é responsável por uma série de alterações do trato urogenital, destacando-se a incontinência urinária (IU), principalmente a de esforço, acarretando grande impacto social, psicológico e econômico, e sendo um dos principais problemas que aflige as mulheres na pós-menopausa. Isso se deve ao fato de que vários elementos responsáveis pela continência urinária são estrogênio dependentes, em particular o tônus e o trofismo do assoalho pélvico, o tecido colágeno, o trofismo da mucosa uretral, o coxim vascular periuretral, o número e a sensibilidade dos receptores alfa adrenérgicos da uretra (GIRÃO et al., 2003)

Além da IU, o hipoestrogenismo relaciona-se também com outros sintomas urogenitais, como secura vaginal, dispareunia, prurido vulvar, leucorreia, dificuldade de esvaziamento vesical, urgência miccional, aumento da frequência urinária, noctúria e disúria (AMARAL, 2011; CALLEJA-AGIUS e BRINCAT, 2015).

Disfunção Sexual

A identidade sexual é um dos aspectos constituintes do ser humano. A sexualidade humana excede em muito o componente fisiológico e constitui um dos aspectos mais importantes da existência. Abrange a forma pela qual cada pessoa expressa e recebe afetos e, portanto, engloba também a auto-estima (ETIENNE e WAITMAN, 2006).

A sexualidade é considerada um dos pilares da qualidade de vida, sendo cada vez mais valorizada sua abordagem, em mulheres no climatério. Neste período, as modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do hipoestrogenismo podem interferir na sexualidade, principalmente nas mulheres que passam longos períodos sem atividade sexual e que não fazem terapia de reposição hormonal. Importante ressaltar que distúrbios psicológicos também podem influenciar na sexualidade da mulher nessa fase da vida (FRANCO et al., 2016; LOPES, 2003; SIMÕES e GIRÃO, 2006).

Interesse e motivação sexual prejudicados, dificuldades em se sentir excitada (genital e subjetivamente) e dificuldades para desencadear o desejo durante o envolvimento sexual, são condições que estão incluídas nas disfunções sexuais femininas, além de dor e vaginismo a qualquer tentativa de penetração (BASSON et al., 2010).

Quando não é possível de se desenvolver entre o homem e a mulher a sequência fisiológica desejo, excitação e orgasmo, aparecem as disfunções sexuais, ou seja, a atividade sexual não é satisfatória. Em geral, o desejo sexual pode estar diminuído, já na pré menopausa (SIMÕES e GIRÃO 2006).

Após o pico de resposta sexual da mulher, que ocorre entre 35 e 42 anos, segue-se o seu declínio. É conhecido então, o declínio da libido com a menopausa. Várias evidências demonstram que a libido também pode sofrer a interferência de níveis plasmáticos hormonais, já que há receptores estrogênicos e androgênicos no sistema límbico, córtex, medula e também nervos na superfície da pele. A menor atividade sexual, caracterizada por um menor interesse, apetite ou desejo sexual, relatado por inúmeras mulheres climatéricas, pode receber influência dos níveis baixos de testosterona característico desse período, havendo relação entre o comportamento sexual e a queda de testosterona (SIMÕES e GIRÃO, 2006).

Osteoporose

É caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração na microarquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade mecânica e consequente predisposição a fraturas, com

trauma mínimo, e dor. Atualmente, no mundo, a osteoporose representa não só um problema social, mas também econômico, pelo alto custo gerado com os cuidados que essa enfermidade exige (RADOMINSKI et al., 2002).

O tecido ósseo está em constante processo de remodelação, através da reabsorção seguida da formação óssea, realizadas pelos osteoclastos e osteoblastos, respectivamente. A osteoporose é consequente ao desequilíbrio entre osteoblastos e osteoclastos, desencadeado pelo próprio envelhecimento, havendo provavelmente estimulação da reabsorção óssea. As influências mais significativas para a ocorrência deste desequilíbrio em mulheres, são a idade e o hipoestrogenismo que ocorre na pós menopausa, já que o estrogênio tem papel fundamental na inibição da reabsorção óssea, explicando então, a perda de massa óssea acentuada quando há o declínio deste hormônio. Este processo é controlado por uma complexa inter-relação de hormônios sistêmicos, força mecânica, citocinas, prostaglandinas e fatores locais de crescimento. A partir dos 40 anos, o volume de massa óssea começa a diminuir lentamente, mas, por volta dos 49 anos, na mulher, a queda é acelerada pelo hipoestrogenismo, responsável pela perda de massa óssea num percentual que atinge cerca de 2 a 3 % ao ano, nos 10 primeiros anos após a menopausa (GUYNTON e HALL, 2002).

Para o diagnóstico da osteoporose, utiliza-se a densitometria óssea, a partir dos critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde, que se baseiam na comparação da medida de densidade mineral óssea de um determinado indivíduo, com a de adultos jovens saudáveis (WHO, 2003).

A osteoporose é conhecida como uma doença “silenciosa”, pois as primeiras manifestações ocorrem apenas quando houve perda de 30 a 40% da massa óssea. Essas manifestações são as fraturas, que ocorrem frequentemente nas vértebras, desencadeando dores agudas e deformidades esqueléticas; no terço distal do rádio; e no fêmur. Neste caso, alguns indivíduos podem se tornar dependentes fisicamente de familiares, ou até evoluir para a morte (WHO, 2003).

A incidência da osteoporose vem aumentando em função da maior longevidade

alcançada pela população feminina em todo o mundo, podendo acometer até 70% das mulheres acima de 80 anos. A osteoporose está associada a outras doenças específicas em 20% dos casos, e a involução do sistema ósseo na mulher pós menopausa é responsável por 80% dos casos (PINHEIRO et al., 2009; WHO, 2003).

Um estudo realizado no Brasil, denominado BRAZOS (*Brazilian Osteoporose Study*), com 1.694 mulheres, demonstrou que 15,1% dessas mulheres manifestaram fraturas por fragilidade óssea e que os fatores de risco para as fraturas osteoporóticas em nossa população foram idade avançada, história familiar de fratura de quadril, menopausa precoce, sedentarismo, baixa qualidade de vida e quedas frequentes (RENO, 2003).

Declínio Cognitivo

Com o aumento da expectativa de vida, muitas mulheres vivenciarão o período da pós menopausa, sendo necessário, portanto, compreender e entender as alterações fisiológicas decorrentes do climatério. Da mesma forma, torna-se necessário também, conhecer as alterações do humor e cognição que incidem na peri e na pós menopausa.

Vários são os sintomas neuropsíquicos que ocorrem nesse período da vida da mulher: tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficits de atenção, concentração e memória, pensamento de conteúdo negativo ou morte, perda do prazer ou interesse, diminuição da libido, desesperança e labilidade emocional. Esses sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto em algum período do climatério com intensidade variável (BRASIL, 2008; WHI, 2002).

Alguns fatores de risco se relacionam a esses transtornos como: história psiquiátrica anterior, histórico de transtorno disfórico pré-menstrual, história anterior de depressão pós parto, e grande desconforto físico gerado pelos sintomas do climatério (WHI, 2002).

Os estrogênios têm função moduladora sobre os neurotransmissores cerebrais, especialmente a serotonina, relacionada ao humor. Sendo assim, o hipoestrogenismo poderia influenciar os níveis de serotonina, associando-se a um aumento dos casos de

depressão durante o climatério, em mulheres predispostas. Entretanto, fatores ambientais como atividade física, dieta e tabagismo; fatores socioculturais e fatores individuais, também podem favorecer o aparecimento desses sintomas no climatério (BRASIL, 2008).

A terapia de reposição hormonal (TRH) foi por muito tempo, o principal foco de atenção em relação ao tratamento dos sintomas do climatério. Entretanto, com a publicação dos resultados do estudo conhecido por WHI - *Women's Health Initiative*, em 2002, houve uma diminuição significativa na sua prescrição, já que os resultados deste estudo apontaram para maior risco de eventos tromboembólicos e câncer de mama. A partir daí, iniciaram-se reflexões acerca do manejo dos sintomas climatéricos (DE LORENZI et al., 2009).

Para a mulher climatérica, condições físicas e emocionais prévias, inserção social, e experiência frente a eventos característicos do ciclo vital feminino, influenciam as atitudes e percepções quando vivenciadas as alterações do climatério. Dessa forma, a qualidade de vida também sofre influência, já que capacidade funcional, satisfação pessoal, estado emocional e interação social, servem como pilares da qualidade de vida (BERNI, LUZ e KOHLRAUSCH, 2007).

Sendo assim, reconhece-se a necessidade da busca por um cuidado mais ampliado, não somente explicativo, mas interpretativo das questões relacionadas à saúde da mulher climatérica. Além disso, deve-se privilegiar a promoção da saúde, o cuidado alimentar, o combate ao sedentarismo e tabagismo, e também favorecer a mudança de posicionamento negativo frente ao envelhecimento feminino, através da informação sobre as mudanças que seu corpo está sofrendo, e as respectivas implicações para a saúde. Estas ações devem ser precedidas de escuta qualificada para a identificação das necessidades da mulher, e espaço para a manifestação de percepções, sentimentos e dificuldades pessoais. Nesse contexto, a intervenção fisioterapêutica realizada através de exercícios em grupos, pode favorecer tais ações, além da troca de experiências entre as participantes e as reflexões sobre aspectos relevantes da experiência de cada mulher, propiciando esclarecimentos pessoais sobre as dificuldades inerentes a esta etapa da vida (BERNI, LUZ e

KOHLRAUSCH, 2007; OLIVEIRA, JESUS, e MERIGHI, 2008; WHO, 2006).

As mulheres climatéricas preferem tratamentos naturais, como exercícios e dietas. Sabe-se que a atividade física tem influência positiva nos sintomas desencadeados pelo hipoestrogenismo, devido ao seu efeito não só no aspecto fisiológico, mas também no psicológico e social. Pode contribuir significativamente para a redução do risco cardiovascular, pois favorece a capacidade metabólica e a utilização de lipídeos e carboidratos pelo organismo. Além disso, promove a manutenção ou perda de peso, reduzindo a pressão arterial, melhorando a sensibilidade insulínica e tolerância à glicose, melhorando também os níveis lipídicos (AMARAL, 2011; CURY, 2007).

A abordagem através da fisioterapia pode favorecer melhores condições para a mulher climatérica, a partir de diversos aspectos, descritos a seguir:

- entendimento das manifestações clínicas e afetivas do climatério, alcançado através de informações a respeito das alterações anatômicas e fisiológicas, assim como das mudanças comportamentais e emocionais características do período;
- prevenção de quedas estimulada através de orientações específicas para adaptações domiciliares e uso adequado de calçados;
- melhora da condição física, alcançada através de estímulo ao ganho de força dos músculos responsáveis pela manutenção postural, favorecendo postura adequada e prevenindo instalação de deformidades; bem como favorecendo o controle de ganho de peso;
- flexibilidade, alcançada através de exercícios que mantenham ou aumentem a amplitude articular, prevenindo déficit de mobilidade e dor;
- equilíbrio, favorecido através de atividades lúdicas que priorizem a utilização de grupos musculares adequados;
- prevenção de incontinência urinária, alcançada através de exercícios que favoreçam o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, nas diferentes posições;
- incentivo e orientação quanto à prática de caminhada;
- estímulo a maior interação social.

Promover o acesso das mulheres climatéricas pertencentes ao Instituto da Mulher às informações, orientações e cuidados que devem ser observados nesta fase da vida, favorecerá o processo de educação em saúde. Quanto mais informações e compartilhamento de vivências essas mulheres tiverem, menor será o desconforto físico e emocional, e conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Favorecer um envelhecimento ativo pode pressupor a independência como um dos principais marcadores de saúde. Desta forma, o papel do fisioterapeuta diante destas mulheres vai além da orientação, informação e prática de exercícios. Promover a saúde, favorecer a mudança de comportamento, incentivar a criação de hábitos saudáveis, oferecer a oportunidade de maior e melhor entendimento e vivência do processo natural de envelhecimento, é que fazem a diferença na busca por melhor qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Para verificar a frequência dos sintomas menopausais, a literatura tem utilizado o Índice Menopausal de Kupperman (IMK), que foi pioneiro na avaliação da sintomatologia da perimenopausa há 40 anos, e ainda hoje encontra aplicabilidade. A avaliação dos sintomas pelo IMK é obtida mediante avaliação clínica do examinador e importância que a paciente dá aos seus sintomas, em um único escore. A sua vantagem quanto à aplicabilidade, encontra-se no fato de que não há dificuldade de compreensão e leitura, muitas vezes observada no meio científico (KUPPERMAN, BLATT e WIESBADER, 1953; SOUSA et al., 2000; DIAS, 2002).

Qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como a *percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHO, 1997).

Existem diversas ferramentas em formato de questionário, utilizadas para mensurar a qualidade de vida do ser humano, sendo uma delas o SF-36. Este instrumento é genérico e avalia aspectos da qualidade de vida que estão diretamente relacionadas à saúde do indivíduo e a percepção da qualidade de vida de acordo com o ponto de vista do próprio

paciente. É composto por 36 itens divididos em 8 domínios, a saber: 1- capacidade funcional, 2- aspecto físico, 3- dor, 4- estado geral de saúde, 5- vitalidade, 6- limitações por aspectos sociais, 7- limitações por aspectos emocionais e 8- saúde mental (CICONELLI, 1997).

De acordo com o exposto e diante da necessidade de oferecer maior qualidade na assistência à saúde da mulher climatérica no município de Santos, torna-se necessário verificar a influência de exercícios em grupo e orientações domiciliares para as mulheres climatéricas.

2- Objetivos

2.1- Objetivos Gerais

Verificar a influência dos exercícios em grupo na qualidade de vida de mulheres no climatério.

2.2- Objetivos Específicos

Verificar a intensidade dos sintomas da menopausa em mulheres no climatério, antes e após o programa fisioterapêutico de exercícios em grupo e orientações domiciliares.

3- Materiais e Métodos

3.1- Voluntárias

O estudo foi desenvolvido no período de janeiro de 2016 a junho de 2017. As voluntárias usuárias do Instituto da Mulher e da Gestante, órgão público vinculado à Secretaria de Saúde do Município de Santos, foram convidadas a participar do trabalho

através de convite elaborado pela acadêmica. Além do Instituto da Mulher, todas as Unidades Básicas de Saúde de Santos receberam, via e-mail, um documento informativo, convidando as mulheres interessadas em participarem do estudo.

Após aceitarem o convite, 18 voluntárias que cumpriram com os critérios de inclusão e exclusão, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na sequência, foram avaliadas por fisioterapeuta, docente do módulo Fisioterapia em Saúde da Mulher, da Unifesp – Campus Baixada Santista. Após a avaliação, as mulheres responderam aos questionários Índice Menopausal de Kupperman e o questionário de Qualidade de Vida SF-36. Esta etapa da pesquisa - avaliação fisioterapêutica e questionários - foi realizada na Unidade Central da Unifesp – Campus Baixada Santista.

Um total de 43 mulheres realizaram a avaliação inicial, 12 foram excluídas, conforme os critérios de exclusão, 4 desistiram antes do início do tratamento, 9 foram descontinuadas e 18 completaram as 12 semanas de acompanhamento.

Após a primeira etapa as mulheres foram encaminhadas ao Instituto da Mulher e da Gestante para iniciarem o grupo de exercícios, 1 vez por semana por 3 meses.

Todas as voluntárias receberam o manual de exercícios sendo orientadas em relação à prática de exercícios em domicílio. Ao término do terceiro mês de acompanhamento, as voluntárias retornaram à Unidade Central da Unifesp para a avaliação fisioterapêutica final e para responderem novamente aos questionários – IMK e SF-36.



Figura 1- Fluxograma de seleção e acompanhamento das voluntárias.

3.1.1- Critérios de Inclusão

- mulheres com idade entre 45 e 65 anos e que apresentaram pelo menos uma das condições a seguir: incontinência urinária, sintomas menopausais segundo o IMK e/ou disfunção sexual;
- mulheres que não foram tratadas e/ou acompanhadas pela fisioterapia por apresentarem queixas relacionadas ao climatério.

3.1.2- Critérios de Exclusão

- mulheres em tratamento com terapia de reposição hormonal;
- mulheres que apresentaram limitações físicas para realização de exercícios em grupo;
- mulheres que apresentaram contra indicações médicas ao exercício físico;
- mulheres que apresentaram dificuldade cognitiva ou de comunicação impedindo a compreensão e resposta aos questionários.

3.2- Considerações Éticas e Legais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, no parecer de número 1.325.903, CAAE: 49647415.9.0000.5505.

Todas as mulheres convidadas a participar do presente estudo foram esclarecidas sobre todos os critérios e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constou: objetivo do estudo, componentes que compõem as avaliações inicial e final, assim como os componentes dos questionários.

Também constou no TCLE, o caráter restrito à divulgação de informações, voluntariedade da participação no estudo e a responsabilidade por parte do avaliador, tendo sido respeitadas a privacidade e a total confiabilidade dos dados.

3.2.1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA A MULHERES NO CLIMATÉRIO

Nome da participante:

Idade:

Fone:

Endereço:

Cidade:

Nº do R.G.:

nº no estudo:

Eu, _____, fui informada:

- que poderei participar voluntariamente do trabalho de conclusão de curso sobre atenção fisioterapêutica a mulheres no climatério;
- que este trabalho tem como objetivo identificar a influência de exercícios em grupo para sintomas da menopausa na qualidade de vida;
- que deverei comparecer ao Instituto da Mulher e da Gestante, 1 vez por semana,

durante 3 meses;

- que terei a liberdade de não entrar no estudo e que se entrar, poderei sair a qualquer momento sem ser prejudicada no atendimento fisioterapêutico;
- que se não quiser participar do estudo, poderei fazer parte do grupo de exercícios, mas não terei meus dados incluídos na pesquisa;
- que poderei fazer perguntas a qualquer momento para a acadêmica responsável pelo estudo, de 2ª à 6ª feira, pelo telefone (13) 3878-3810.
- que meus dados - nome, R.G. e endereço -, serão mantidos em sigilo;
- que se tiver alguma reclamação a respeito do meu atendimento e da neste estudo, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, através do telefone: (11) 5571-1062.

Ciente de todas estas informações concordo em participar deste trabalho de conclusão de curso.

Data: ____/____/____.

Acadêmica responsável pelo trabalho de conclusão de curso: _____

Assinatura da acadêmica: _____

Assinatura da participante: _____

Nome do representante legal: _____

Assinatura do representante legal: _____

3.3- Materiais

3.3.1- Índice Menopausal de Kupperman

Questionário composto de 11 sintomas ou queixas: sintomas vasomotores, insônia,

parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbidos. A cada um destes sintomas são atribuídas diferentes pontuações segundo a sua intensidade e prevalência. Os escores totais são classificados em leves (até 19 pontos), moderados (entre 20 e 35 pontos) ou intensos (maior que 35 pontos). Assim, quanto maior a pontuação obtida, mais intensa é a sintomatologia climatérica (KUPPERMAN, BLATT e WIESBADER, 1953).

3.3.2- Questionário SF-36

O SF-36 é um questionário genérico que avalia aspectos da qualidade de vida que estão diretamente relacionados à saúde do indivíduo. É composto por 36 itens divididos em 8 domínios, os quais avaliam a percepção da qualidade de vida de acordo com o ponto de vista do próprio paciente. Os domínios de saúde são: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

A qualidade de vida das mulheres foi avaliada mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais foram transformados numa escala de 0 a 100, no qual os valores mais próximos de 100 eram indicativos de melhor qualidade de vida (CICONELLI, 1997).

3.3.3- Protocolo de Exercícios em Grupo

Foram realizados exercícios em decúbito dorsal, posição sentada, quatro apoios e em pé. O protocolo foi dividido em exercícios para alongamento e fortalecimento global dando ênfase ao fortalecimento da musculatura abdominal, assoalho pélvico e exercícios de propriocepção. Os exercícios utilizados para o treinamento da musculatura do assoalho pélvico foram divididos em contrações rápidas e lentas, e contrações rápidas e seguidas de tosse. Utilizou-se como referência um protocolo pré-determinado, desenvolvido de acordo com experiências anteriores, descritas na literatura (BO, 2012).

Em decúbito dorsal, executaram-se exercícios de flexão abdominal, ponte sobre ombros, flexão de quadril e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Na posição sentada, foram realizados exercícios para alongamento da musculatura flexora extensora de cabeça e pescoço, flexores e extensores de ombro e cotovelo e musculatura adutora e extensora de quadril. Foram realizados novamente os exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Em quatro apoios realizaram-se exercícios para alongamento da musculatura extensora e flexora de tronco, exercício do avião, o qual exige atenção e equilíbrio, foi aplicado para fortalecimento da musculatura abdominal, extensora da coluna e glútea. Nesta posição, não foi realizado o treino para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Na posição ortostática, realizaram-se exercícios para alongamento da musculatura flexora plantar, fortalecimento de flexores de quadril, exercícios para dissociação de cinturas, báscula de quadril, treino de equilíbrio e propriocepção e coordenação motora. Os exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, na posição em pé, são os últimos da sequência de exercícios.

3.3.4- Instrumentos para Coleta de Dados

- Lista de verificação (anexo 1): utilizada para inclusão de sujeitos na pesquisa.
- Ficha de avaliação fisioterapêutica inicial e final (anexo 2): ficha elaborada para aplicação no estudo.
- Índice Menopausal de Kuppermann (anexo 3).
- Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (anexo 4).

3.4- Procedimentos

Cada grupo de exercícios teve duração de aproximadamente 50 minutos e foi realizado em dois locais: Instituto da Mulher e Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Unidade Ana Costa.

As voluntárias receberam um manual de orientações sobre as mudanças biológicas decorrentes do climatério e a sequência de exercícios, a fim de que pudessem realizá-los em domicílio (anexo 5).

Além dos exercícios em grupo e orientações contidas no manual, as voluntárias foram esclarecidas em relação às atividades de vida diária, com instruções quanto a posicionamentos, transferências, mudanças de decúbito, ajustes posturais e prevenção de quedas, em vista de oferecê-las uma melhor qualidade de vida.

3.5- Coleta de Dados

A coleta dos dados foi obtida através da avaliação fisioterapêutica, aplicação do Índice Menopausal de Kupperman e questionário de qualidade de vida – inicial e final.

3.6 – Análise Estatística

A análise dos resultados foi feita pelo Departamento de Estatística da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Para comparar as avaliações em relação à variável KUPPERMAN e às variáveis do questionário SF-36, empregou-se o teste t de Student para amostras relacionadas.

4- Resultados

Este estudo contou com a participação de 18 mulheres, com média de idade de 55,22 anos (dp= 5,05). Em relação ao grau de instrução, 33% das voluntárias possuíam o ensino fundamental completo. A maioria (72%) era casada e 44% das participantes se dedicavam aos cuidados do lar. Dentre todas as participantes, 83,3% praticavam exercícios físicos com regularidade (Tabela 1).

Tabela 1- Variáveis sociodemográficas das mulheres climatéricas.

Variáveis	N	%
Escolaridade		
fund. completo	6	33,3
médio incompleto	1	5,6
médio completo	5	27,8
sup. incompleto	1	5,6
sup. completo	5	27,8
Estado Civil		
solteira	1	5,6
casada	13	72,2
divorciada	3	16,7
Viúva	1	5,6
Profissão		
do lar	8	44,4
área da saúde	4	22,2
Outra	6	33,3
Atividade Física		
Sim	15	83,3
Não	3	16,7

Fund.: fundamental; sup.: superior

O índice de massa corpórea (IMC) apresentou-se acima do limite da faixa de normalidade em 61,2% das mulheres, sendo 27,8% classificadas em sobrepeso e 33,4% em obesidade tipo 1 ou 2. Em relação à queixa de sintomas menopausais, fogachos (50%) e perda urinária (33,3%) foram os maiores incômodos mencionados pelas participantes. Hipertensão, depressão, enxaqueca e hipercolesterolemia, foram as doenças associadas observadas com maior frequência (22,2%) (Tabela 2).

Tabela 2- Variáveis clínicas das mulheres climatéricas.

Variáveis	N	%
IMC		
normal	7	38,9
sobrepeso	5	27,8
obesidade I	3	16,7
obesidade II	3	16,7
Queixa Principal		
fogachos	9	50,0
perda urinária	6	33,3
secura vaginal	1	5,6
perda urinária e fogachos	2	11,1
Doenças Associadas		
hipertensão	2	22,22
depressão	2	22,22
diabetes	1	11,11
colesterol	2	22,22
enxaqueca	2	22,22
outras*	4	44,44

IMC: índice de massa corpórea. *Gastrite, fibromialgia, labirintite, hemorroida, osteopenia.

Em relação ao Índice Menopausal de Kupperman, observou-se que no início do programa a média de intensidade destes sintomas foi de 23,89 - sintomas moderados -

e ao final do terceiro mês de exercícios, esse valor diminuiu para 19,61 –valor próximo aos valores correlacionados à sintomas leves, com p valor= 0,004 (Figura 1).

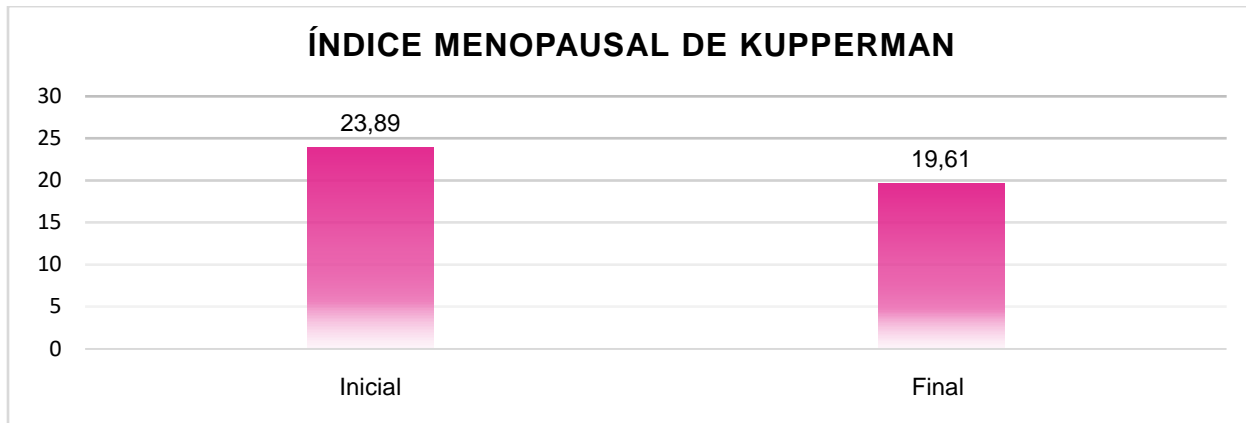


Figura 1- Média de valores do Índice Menopausal de Kupperman, antes e após a realização do protocolo de exercícios. Intensidade dos sintomas: leve (até 19), moderado (de 20 a 35), intenso (acima de 35).

Em relação à qualidade de vida avaliada pelo SF-36, houve melhora significativa para todos os domínios ao final do terceiro mês de exercícios sendo, Capacidade Funcional - p valor= 0,001; Limitação por Aspectos Físicos - p valor= 0,001; Dor -p valor= 0,006; Estado Geral de Saúde - p valor= 0,02; Vitalidade - p valor= 0,043; Limitação por Aspectos Sociais - p valor= 0,001; Limitação por Aspectos Emocionais - p valor= 0,037 e Saúde Mental - p valor= 0,004. (Figuras 2 e 3).

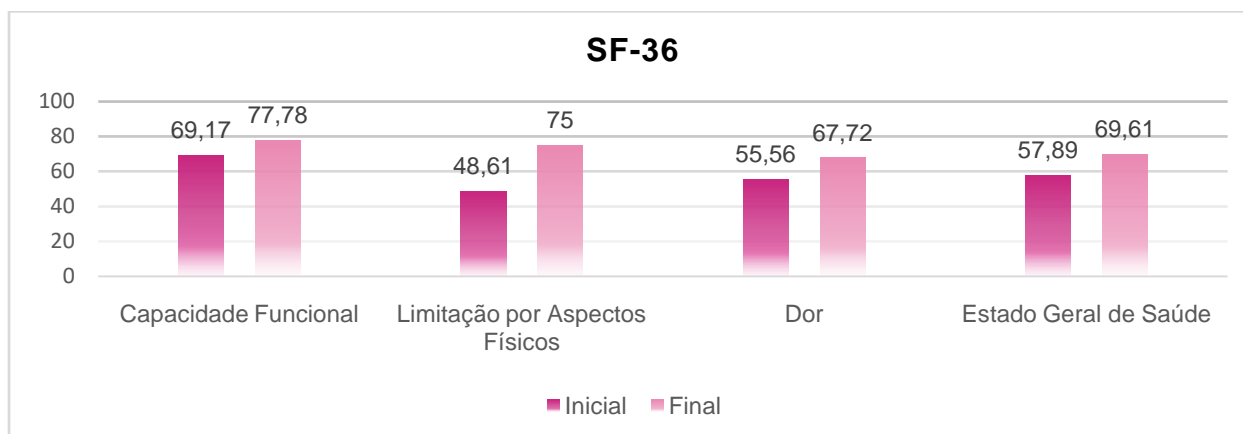


Figura 2 - Comparação inicial e final dos domínios do SF-36: Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde, antes e após a realização do protocolo de exercícios.

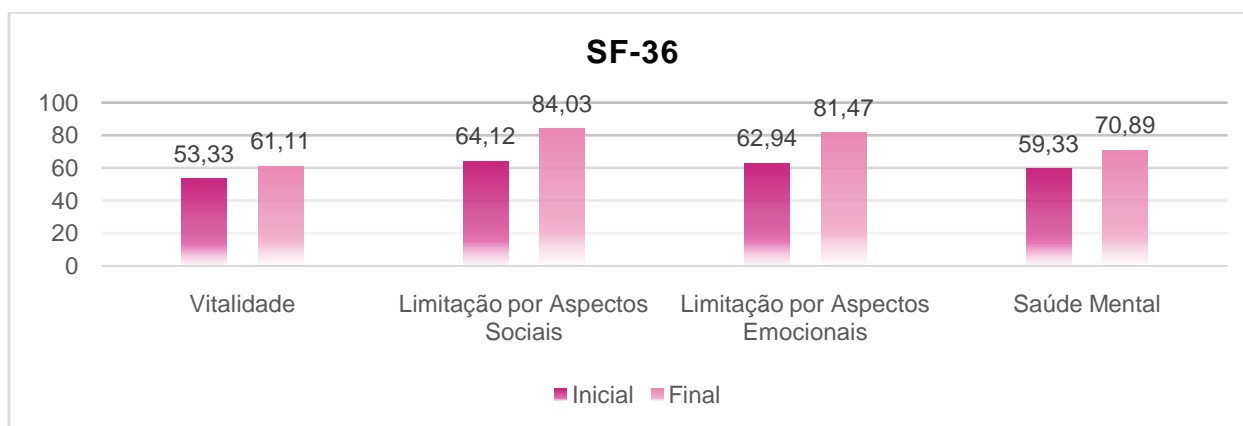


Figura 3- Comparação inicial e final dos domínios do SF-36: Vitalidade, Limitação por Aspectos Sociais, Limitação por Aspectos Emocionais e Saúde Mental, antes e após a realização do protocolo de exercícios.

5- Discussão

O presente estudo contou com a participação de 18 mulheres, com média de idade de 55,22 anos (DP= 5,05) e, portanto, se inserem na fase do climatério chamada perimenopausa, marco na passagem da pré-menopausa para a menopausa estabelecida, na qual as mulheres tornam-se mais propensas à sintomatologia e aparecimento de doenças. A idade de início da menopausa pode variar conforme a incidência de alguns fatores, tais como condições socioeconômicas, país, hábitos alimentares, paridade, etnia e tabagismo. (FERNANDES, 2004; BLUMEL et al., 2011).

Todas as voluntárias deste estudo concluíram o ensino fundamental, estando aptas a compreender as orientações oferecidas por meio do manual de exercícios e assegurando certo grau de instrução. O estudo de Dabrowska et al. (2016), mostrou que mulheres com alto grau de escolaridade e maior renda vivenciam menor sintomatologia da menopausa em comparação com aquelas de baixa renda e menor grau de escolaridade. De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP, 2010), somente 11,8% da população brasileira inicia o ensino superior, o que pode justificar o baixo número de mulheres deste estudo com o nível de educação superior completo.

Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres era casada (72%). De acordo com o estudo de Serpa et al. (2016), a presença de um companheiro pode interferir positivamente na qualidade da vida da mulher durante o período do climatério, pois a figura masculina representa segurança e apoio emocional, além de melhorar a renda familiar.

A variável ocupação mostrou que 55,5% das mulheres exerciam suas profissões regularmente e muitas delas submetidas à trabalhos exaustivos - enfermeiras, assistentes sociais, cuidadoras de idosos, cozinheiras - e por isso, expostas à sobrecargas físicas e psíquicas, com possível influência negativa na qualidade de vida. Conforme o estudo de Lomônaco, Tomaza e Ramos (2015), mulheres que vivenciam longas jornadas de trabalho e

exercem atividades estressantes, apresentam maiores chances de entrar na menopausa mais precocemente.

Entretanto, além do estresse que uma vida profissional agitada pode causar, em relação ao climatério o estudo de Serpa et al. (2016) mostra que durante este período, a depressão apresenta-se como uma das morbidades que mais afeta a qualidade de vida da mulher, interferindo no sono, no convívio social e na auto-imagem. A depressão durante o climatério está associada a transformações biopsicossociais, diminuição no ritmo de trabalho e mudanças na rotina diária.

Os sintomas de depressão são agravados em mulheres que não conseguem readaptar seu papel perante a sociedade e redefinir seus objetivos de vida. Depressão, ansiedade e pior percepção de si mesma são um dos principais fatores de risco associados ao climatério, em mulheres brasileiras. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), no ano de 2015, mais de 320 milhões de pessoas no mundo encontrava-se em estado de depressão, com prevalência entre adultos na faixa de idade de 55 a 74 anos. A depressão constitui hoje uma das mais relevantes causas de sofrimento psíquico da população, desabilitando os indivíduos de suas atividades profissionais e convívio social. (DRAGO e MARTINS, 2012; SERPA, 2016; LUI FILHO et al., 2017). No presente estudo, 44% das voluntárias dedicavam-se exclusivamente, aos cuidados do lar, e dentre elas, a sintomatologia da depressão pode ser considerado um fator preocupante.

É importante destacar que as queixas depressivas nunca devem ser subestimadas ou negligenciadas, principalmente durante o período do climatério. Problemas sociais, profissionais, matrimoniais e redução da qualidade de vida são as maiores complicações que em sua forma mais grave podem resultar em suicídio. No presente estudo, 44% das voluntárias dedicavam-se exclusivamente aos cuidados do lar, e dentre elas, a sintomatologia da depressão pode ser considerado um fator preocupante (FARIAS et al, 2015).

O índice de massa corpórea das voluntárias deste estudo indicou sobrepeso e obesidade (61,2%), motivo de alerta, uma vez que o IMC atinge valores máximos entre os

50 e 59 anos devido à uma sucessão de fatores, dentre os quais, queda da enzima lipase lipoproteica e do hormônio estrogênio, responsável por regular o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos. Estudos mostram que a obesidade compromete a autoestima das mulheres, criando uma imagem negativa do próprio corpo, interferindo em sua qualidade de vida (AVELAR, OLIVEIRA e NAVARRO, 2012; CAMARA et al., 2014; SHAHHOSSEINI, 2014).

O sobrepeso e a obesidade têm aumentado na população feminina, sendo considerados fatores de risco ao desenvolvimento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e síndrome metabólica. Algumas variáveis foram identificadas e associadas ao excesso de peso no período do climatério, como por exemplo menor poder aquisitivo, sintomas da menopausa e uso contínuo de medicamentos (MAHARLOUEI et al., 2013; GONÇALVES et al., 2016).

Quanto às principais queixas referentes ao período do climatério, fogachos e perda urinária foram as que mais se sobressaíram (94,4%). Na maioria dos casos, as voluntárias referiram perda urinária como um fator natural, atrelado ao envelhecimento, e as que não referiam como um incômodo importante desconheciam a existência de sua perda urinária, ou tinham receio de admitir. A prevalência da incontinência urinária no climatério está relacionada a um histórico de perda urinária durante gestações anteriores, prolapso genital e tendência à obesidade. O estudo de Prudêncio et al. (2014) investigou a evolução da continência urinária após seis meses de prática de exercícios físicos e evidenciou a importância da realização dos exercícios em domicílio, no tratamento e prevenção da incontinência urinária em mulheres climatéricas. (PRUDÊNCIO et al., 2014).

Como prevenção e tratamento da incontinência urinária, deve-se considerar o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Os exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico provocam o aumento da força dessa musculatura e consequentemente favorece a prevenção e tratamento de disfunções, como a incontinência urinária, sendo considerada a melhor opção por resultar em melhora da qualidade de vida de mulheres incontinentes. Dessa forma, a investigação da importância da supervisão

fisioterapêutica na aplicação do protocolo de exercícios específicos para mulheres no climatério se faz necessária (MORONI et al, 2016).

Por provocar alterações do sono com consequente fadiga, irritabilidade, desconforto físico e problemas no trabalho, os fogachos representam um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres e são considerados fator limitante à prática de exercícios físicos. Muitas mulheres acompanhadas neste estudo relataram que os fogachos causavam grande desconforto enquanto se exercitavam, principalmente em dias mais quentes. O estudo de Moilanen et al. (2012) mostrou que a atividade física regular promove um aumento da produção das β -endorfinas hipotalâmicas, estabilizando sua termorregulação e assim, amenizando os sintomas vasomotores, principalmente as ondas de calor (MIRANDA, FERREIRA e CORRENTE, 2014).

As mulheres acompanhadas no presente estudo apresentaram, inicialmente, hábitos de vida considerados saudáveis. Acredita-se que, pelo fato da maioria das voluntárias já praticarem algum tipo de atividade física (83,3%), tenham acesso à informações e busquem recursos para obtenção de uma melhor qualidade de vida.

A aplicação do Índice Menopausal de Kupperman neste estudo evidenciou melhora significativa dos sintomas da menopausa, após o período de exercícios. Antes da aplicação do protocolo de exercícios, as mulheres apresentaram sintomas considerados moderados (23,89), e após três meses de intervenção, tiveram diminuição de suas queixas, apresentando sintomas leves (19,61). De acordo com a literatura a prática de exercícios físicos de forma agradável e prazerosa proporciona benefícios não somente físicos, mas também psíquicos e sociais (SILVA et al., 2010; ANDERSON e SEIB, 2015).

O estudo de Probo et al. (2016) investigou, através do Índice Menopausal de Kupperman, dois grupos de mulheres: ativas e inativas para exercícios físicos. A sintomatologia climatérica apresentou-se menos intensa para as mulheres ativas fisicamente, assegurando que, para mulher climatérica, a prática de atividade física regular, ainda que em baixa intensidade, contribui globalmente para a aquisição de uma melhor condição de saúde. Além disso, há um impacto positivo também na sua esfera psíquica e

em muitos dos sintomas característicos do climatério, intervindo positivamente, inclusive, nos sentimentos e atitudes.

Para este trabalho foi elaborado um manual contendo exercícios de flexibilidade, alongamento, equilíbrio e fortalecimento de determinados grupos musculares, como o assoalho pélvico, sendo realizados nas diversas posturas – ortostática, sedestação, quatro apoios e nos decúbitos dorsal e lateral. A proposta foi elaborar exercícios simples que pudessem ser realizados em domicílio, sem supervisão de fisioterapeuta.

A literatura apresenta vários recursos utilizados pela fisioterapia que contribuem para a melhora dos sintomas da menopausa, possibilitando à mulher, menor sofrimento durante a vivência deste período. Porém, são poucas as mulheres que estão informadas sobre tais recursos e muitas não estão preparadas para a chegada do climatério. Não somente como tratamento, a fisioterapia pode atuar também de forma preventiva com o objetivo de evitar ou minimizar as alterações que acontecem em longo prazo, relacionadas com a menopausa e o envelhecimento (GÓIS e ROVERATTI, 2007; ABREU, 2011).

Dentre os objetivos da fisioterapia destacam-se promover a melhorada sintomatologia; favorecer o condicionamento cardiorrespiratório; implementar força muscular, flexibilidade, marcha, equilíbrio e postura; favorecer a manutenção do tecido ósseo e fortalecer o assoalho pélvico. O trabalho a ser realizado com o assoalho pélvico conta com exercícios de propriocepção, relaxamento e treinamento funcional, além do treino da respiração diafragmática, que contribui diretamente para a correta contração deste grupo muscular. (ABREU, 2011).

De acordo com os dados obtidos com a aplicação do questionário SF-36, foi possível observar que todos os domínios avaliados apresentaram escores mais próximos de 100, após três meses de intervenção. Os domínios *Capacidade Funcional*, *Limitação por Aspectos Físicos* e *Vitalidade* podem estar relacionados diretamente à aplicação do protocolo de exercícios em grupo e domiciliar. E as orientações fornecidas foram capazes de aprimorar o desempenho físico das voluntárias, promovendo maior incentivo à realização de outras atividades físicas.

Durante o período climatérico, deve-se incentivar a prática de exercícios físicos, já que esta é indispensável para a promoção da saúde, prevenção de danos e controle de toda sintomatologia desencadeada durante este período. Estudos evidenciam que a adesão de mulheres aos protocolos de exercícios físicos é maior quando estes são realizados em grupo (MCNAMARA, PAVOL e GUNTER, 2013; BATRA et al., 2016).

Programas de exercícios em grupo, em geral, oferecem uma abordagem diferenciada, uma vez que há interação entre os participantes, garantindo ganhos não somente físicos mas também psicossociais. Fatores como postura humanizada exercida pelo terapeuta, utilização de música, exercícios adaptáveis e sentimento de identificação são os principais fatores que contribuem para o sucesso e adesão de idosos aos programas em grupos voltados para este público (MENDONZA et al., 2016; KILLINGBACK, TSOFLIOU e CLARK, 2017).

Através do estudo de Dabrowska et al. (2016), observa-se que a atividade física contribuiu para a melhora das condições de saúde das mulheres no climatério. Mulheres que praticavam atividade física regular ou que aumentaram a intensidade do exercício apresentaram menos sinais e sintomas em comparação com as que não praticavam atividade física. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de uma intervenção terapêutica para as mulheres sedentárias.

De acordo com os achados de Mansikkamaki et al. (2015), as mulheres que realizaram pouca atividade física apresentaram mais sinais de esgotamento físico e mental em comparação com as mais ativas, e dessa forma, constatou que a atividade física regular pode proporcionar impacto positivo na qualidade de vida das mulheres no período climatérico.

Em relação aos domínios, *Limitação por Aspectos Sociais*, *Limitação por Aspectos Emocionais* e *Saúde Mental*, pôde-se também observar um aumento significativo dos escores, após a aplicação do protocolo de exercícios em grupo. Esse resultado pode ser explicado pela forma como as voluntárias passaram a enfrentar os sintomas climatéricos. A realização do protocolo de exercícios em grupo permitiu que fossem estabelecidos vínculos

afetivos entre as participantes do estudo, interferindo positivamente na diminuição da sintomatologia da menopausa.

A vivência em atividades em grupo é assunto em muitos estudos envolvendo o período do climatério. A importância de se trabalhar com grupos é evidenciada quando se entende que o grupo constitui um espaço propício para a reflexão e discussão dos acontecimentos pertinentes a vida de cada mulher, bem como transformações biopsicossociais decorrentes deste período. O compartilhamento de experiências e autoconhecimento permitem que essas mulheres tenham a oportunidade de construir um ambiente acolhedor, no qual se sintam à vontade e incentivem umas às outras à prosseguirem em busca de melhor qualidade de vida e autonomia, frente aos problemas enfrentados no climatério (ABREU, 2001; BATRA et al., 2016; KILLINGBACK, TSOFLIOU e CLARK, 2017).

Envelhecer é uma experiência diferenciada entre os gêneros e, no caso das mulheres, há uma sucessão de fatores biopsicossociais relacionados ao processo de envelhecimento, os quais repercutem diretamente na qualidade de vida. Assim como afirma Bondía (2002), a experiência é cada vez mais rara. Do latim, a palavra *experiência* significa “o que resta de aprendido a partir de várias provas, no decorrer da própria vida”. A partir disso, entende-se que a experiência não é aquilo que nos passa, mas aquilo que nos toca. Todos os dias muitas coisas se passam, porém, quase nada nos acontece (POLI, SCHWANKE e CRUZ, 2010).

Em uma sociedade em que a evolução tecnológica nos coloca em contato com o mundo em uma fração de segundos, torna-se cada vez mais difícil prestar atenção em nós mesmos e vivenciar experiências pessoais, como também perceber os sinais que o corpo mostra. O trabalho realizado em grupo favorece essa autorreflexão e vivência, uma vez que as mulheres têm a possibilidade de verbalizar suas frustrações, dúvidas e anseios, livres de qualquer julgamento e sob uma escuta qualificada, oferecida pelo terapeuta (BONDÍA, 2002; CALLEJA-AGIUS e BRINCAT, 2015).

O estudo apresentou algumas limitações, principalmente em se tratando de espaço

físico. À medida que os grupos de exercícios foram realizados em dois ambientes distintos, Instituto da Mulher e Universidade Federal de São Paulo, pudemos perceber que o espaço influenciou a construção do vínculo terapeuta-voluntárias. No Instituto da Mulher, o espaço era bastante reduzido admitindo um total de no máximo 5 participantes por grupo. Ainda houve a questão de se tratar de um ambiente ambulatorial, sendo necessário o uso de jaleco, o que de certa forma pode ter interferido na relação entre voluntárias e terapeuta, quando comparado ao grupo que participou dos exercícios na Unifesp. Já o grupo realizado nas dependências da Unifesp, pôde receber até 12 participantes, o que favoreceu a atividade proposta, pois estas mulheres demonstraram estar mais confortáveis e à vontade no espaço acadêmico. Entretanto, ainda assim foi possível perceber a influência positiva da prática fisioterapêutica em grupo na qualidade de vida de mulheres climatéricas.

6- Conclusão

A intensidade dos sintomas da menopausa, avaliadas pelo Índice Menopausal de Kupperman apresentou, em média, uma diminuição significativa, partindo de valores correlacionados à sintomatologia moderada (23,89), previamente à intervenção, atingindo valores próximos aos correlacionados à sintomatologia leve (19,61), após a aplicação do protocolo de exercícios em grupo. O resultado do questionário SF-36 apresentou melhora na qualidade de vida das mulheres investigadas. Todos os domínios avaliados por este questionário apresentaram scores mais próximos de 100, após três meses de intervenção fisioterapêutica. Concluímos dessa forma, que a aplicação de um protocolo de exercícios fisioterapêuticos em grupo, direcionados à mulheres no período do climatério é eficaz para se obter uma melhor qualidade de vida e enfrentar as sintomatologias deste período.

7- Referências Bibliográficas

ABREU, D.B. A experiência com grupos: da reflexão à análise. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 27-30, 2001 .

ABREU, D. C. C. Abordagem fisioterapêutica no climatério. In: FERREIRA, C. H. J. (org.). **Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 147-173.

AMATUZZI, M. Experiência: um termo chave para a Psicologia. **Memorandum 13,08-15**, 2007. Retirado em 12/11/17, da World Wide Web
<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/amatuzzi05.pdf>

AMARAL, M.T.P; FERREIRA, N.O; SILVA, R.B. Fisioterapia na pós menopausa. In: MARQUES, A.A; PINTO E SILVA, M.P; AMARAL, M.T.P.**Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**.São Paulo: Roca, 2011. p. 372-382.

ANDERSON, D; SEIB, C. Does exercise alleviate menopausal symptoms in women? **Maturitas**, v. 80, n. 1, p. 1-2, 2015.

AVELAR, L.F.S; OLIVEIRA, M.N.S; NAVARRO, F. Influence of physical exercise in the symptomatology of climacteric women. **Rev Bras Geriatr E: Gerontol**. p. 537-545, 2015.

BAGNOLI, V.R. et al.Alternativas para o tratamento não hormonal de mulheres no climatério.São Paulo: Moreira Jr Editora.p.329-333, 2014.

BASSON, R. et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women.**J Sex Med**, .p. 314-326, 2010.

BATRA, A et al. Evaluating the Factors Associated With the Completion of a Community-Based Group Exercise Program Among Older Women. **Journal of aging and physical activity**, v. 24, n. 4, p. 649-658, 2016.

BERNI, N.I.O; LUZ,M.H; KOHLRAUSCH, S.C.Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério.**Rev Bras Enferm**,. p. 299-306, 2007.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , n. 19, p. 20-28, 2002 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher Climatérica / Menopausa**. Brasília,DF, 2008. p. 192.Disponível em:<http://www.saude.gob.br/editora>.

BLUMEL, J.E, A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. **Menopause**,p.778-785, 2011.

CÂMARA, C.N.S et al.Cycle Comparative Analysis of Sexual Function in Women with Normal and Overweight Body Mass Index. **Creative Education**. p.1363-1376, 2014.

CALLEJA-AGIUS, J.; BRINCAT, M. P. The urogenital system and the menopause. **Climacteric**, v. 18,.p. 18-22, 2015.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”. 1997. **Tese (Doutorado)** - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

CURY, A.F. Climatério. In: TEDESCO, J.J.A.; CURY, A.F.**Ginecologia**

Psicossomática.São Paulo: Atheneu, .p. 97-104, 2007.

DABROWSKA, J. et al. Twelve-week exercise training and the quality of life in menopausal women – clinical trial. **Menopause.** p. 20-25, 2016.

DE LORENZI, D.R.S. et al.Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Ver Bras Enferm.** p. 387-393, 2009.

DENNERSTEIN, L. Sexuality, midlife, and menopause. **Menopause.** p. 221-222, 2008.

DIAS, R.S et al. Adaptação para o português do questionário de auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade – Questionário da Saúde da Mulher.**Rev. Psiq. Clín.**p. 181-189, 2002.

DRAGO, S. M. M. S.; MARTINS, R. M. L. A depressão no idoso. **Millenium – Revista do IPV**, n.43. p. 79-94,2012.

ETIENNE, M. A; WAITMAN, M.C. Sexualidade, conceitos e história. In: ETIENNE, M.A; WAITMAN, M.C.Disfunções sexuais femininas. **A fisioterapia como recurso terapêutico.** Livraria Médica Paulista Ltda. p. 19-24, 2016.

FARIAS, M. C. A. D; SANTOS, A. B.V; OLIVEIRA, S.M et al. Factors Related to Depressive Complaints on Climacteric: a Cross-Sectional Study. **International Archives of Medicine**, 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). In: FERNANDES, C.E; BACARAT, E.C; LIMA, G.R. **Climatério-Manual de orientação.** São Paulo: Ponto, 2004. p.372.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTRETÍCIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. RADOMINSKI, S.C. et al. Projeto Diretrizes. **Osteoporose em mulheres na pós menopausa**.2002.

FERNANDES, C.E. et al. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC).**Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. p.1-23, 2008.

FLECK M.P. et al.Em pró da qualidade de vida.WHOQOL-bref. **Rev Saúde Pública**.p.178-183, 2000.

FRANCO, M. et al. Relationship between pelvic floor muscle strength and sexual dysfunction in postmenopausal women: a cross-sectional study. **International Urogynecology Journal**. p. 1-6, 2016.

GIRÃO, M.J.B.C. et al. Alterações do trato urinário da mulher no climatério. In: FERNANDES, C.E. **Menopausa – diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Segmento. p. 41-44, 2003.

GÓIS, R. B.; ROVERATTI, M. C. O climatério e a qualidade de vida das mulheres. **Instituto de Ensino Superior de Londrina**. Paraná, 2007. Disponível em <<http://www.inesul.com.br>> Acesso em 13 nov. 2017.

GONÇALVES, J.T.T; SILVEIRA, M.F; CAMPOS M.C.C et al. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 1145-1155, 2016.

GUYTON, A.C; HALL J.I. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 898-906.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Último acesso em: 22 jan. 2015.

KILLINGBACK, C; TSOFLIOU, F; CLARK, C. Older people's adherence to community-based group exercise programmes: a multiple-case study. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 115, 2017.

KUPPERMAN, H.S; BLATT, M.H; WIESBADER, H; FILLER, W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. **J ClinEndocrinolMetab**. p.688-703, 1953.

LOMÔNACO, C.A.B; TOMAZA, R.A.F; RAMOS, M.T.O. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. **Reprodução e Climatério**:Elsevier, v.30, n.2, p.58–66, 2015.

LOPES, G.P.Sexualidade – fisiopatologia, diagnóstico e tratamento.In: FERNANDES, C.E. **Menopausa – diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Segmento, 2003. p. 117-123.

LOPES, M.H.B.M. et al. Pelvic floor rehabilitation program: report of 10 years of experience. **Rev Bras Enferm**. p. 219-23, 2017.

LUI-FILHO, J.F; BACCARO, L.F; COSTA-PAIVA, L. Risk Factors associated with intensity of climateric symptoms in Brazilian middle aged women: a population-based household survey. **Menopause**, 2017. <Disponível em: journals.lww.com>

MANSIKKAMAKI, K. et al. Long-term effect of physical activity on health-related quality of life among menopausal women: a 4-year follow-up study to a randomized controlled trial. **BMJ OPEN**.p. 01-08, 2015.

MCNAMARA, J.A.; PAVOL, J.M.; GUNTER, B.K. Meeting physical activity guidelines through community-based group exercise: “better bones and balance”. **Journal of aging and physical activity**. p. 155-166, 2013.

MENDOZA, N. et al. Benefits of physical exercise in postmenopausal women. **Maturitas**, v. 93, p. 83-88, 2016.

MIRANDA, J.S; FERREIRA, M.L.S.M; CORRENTE, J.E. Quality of life of postmenopausal women attended at Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**. p. 803-809, 2014.

MOILANEN J.M. et al. Physical activity and change in quality of life during menopause an 8 year follow-up study. **Health and Quality of Life Outcomes**. p.8-10, 2012.

MORONI, R. M et al. Conservative treatment of stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2016.

NASRI F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. p. 4-6, 2008.

OLIVEIRA, D.M; JESUS, M.C.P; MERIGHI, M.A.B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto Contexto Enferm**. p. 519-526, 2008.

PINHEIRO, M.M. et al. Clinical risk factors for osteoporotic fractures in Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). **Osteoporosis Int**. p. 399-408, 2009.

PINTO-NETO, A.M; COSTA-PAIVA, L.H.S; FONSECHI-CARVASAN, G.A. Climatério:

epidemiologia. In: FERNANDES, C.E. (ed.) **Menopausa – diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Segmento, 2003. p. 21-29.

POLI, H; SCHWANKE, A; Cruz, M. A menopausa na visão gerontológica. **ScientiaMédica**.p.176-184, 2010.

PROBO, A. et al. Níveis dos sintomas climatéricos em mulheres fisicamente ativas e insuficiente ativas.**Rev Bras Ativ Fís Saúde**.p.246-254, 2016.

PRUDENCIO, C.B. et al. Evolution off female urinary continence after physical therapy and associated factors. **Int Arch Med**.p.7-24, 2016.

RAMOS L.R. et al.Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.**Rev Saúde Pública**. p. 87-94, 2007.

SERPA, M.A et al. Fatores Associados à qualidade de vida de mulheres no climatério. **Reprod. Clim**. 2016.

SHIFREN, J.L.; SCHIFF, I. Menopausa. In: BEREK, J.S. Berek & Novak.**Tratado de Ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 974-986.

SILVA, R.S. et al. Physical activity and quality of life. **Ciencia de Saude Coletiva**. p.115-120, 2010.

SIMÕES, R.D; GIRÃO, M.J.B.C. Sexualidade feminina em condições especiais. Climatério e menopausa. In: ETIENNE, M.A; WAITMAN, M.C.Disfunções sexuais femininas. A fisioterapia como recurso terapêutico.**Livraria Médica Paulista Ltda**. p. 124-130, 2006.

SKEVINGTON, S.M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations draw from the WHOQOL development. **Qual Life Res.** p. 3544, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO. Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica. In: FERNANDES, C.E. **Menopausa – diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Segmento, 2003. p. 219-270.

SOUSA R.L.; SOUSA E.S.S.; SILVA J.C.B. Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. **Rev Bras Ginecol Obstet.** p.481-487, 2000.

SHAHHOSSEINI, Z et al. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. **Mater Socio Med.** p.378-381, 2014.

SZEJNFELD, V.L. Alterações ósseas – fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. In: FERNANDES, C.E. **Menopausa – diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Segmento, 2003. p. 49-58.

TALWAR, R.M; WONG, B.S; HARPER, R.P. Effects of estrogen on chondrocyte proliferation and collagen synthesis in skeletally mature articular cartilage. **J Oral Maxillofac Surg.** p. 600-609, 2006.

TORAL, V.M et al. Improvements in Health-Related Quality of Life, Cardio-Metabolic Health And Fitness in Postmenopausal Women After an Exercise Plus Health Promotion Intervention: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Physical Activity and Health.** p. 1-22, 2017.

UCHÔA E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas

à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**. p. 849-53, 2003.

VELOZ MCT; NASCIMENTO-SCHULZE CM; CAMARGO BV. Representações sociais do envelhecimento. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 12. p. 479-501, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>> Último acesso em: 27 mar.2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevent and management of osteoporosis**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Measuring quality of life**. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Research on the menopause**. Geneva, 1981.

WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INICIATIVE INVESTIGATORS. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from Women's Health Initiative randomized controlled trial. **Jama**. p. 321-333, 2002.

ZAHAR, S.V; SERZEDELO, M.A. Climatério. In: CONCEIÇÃO, J.C.J. **Ginecologia Fundamental**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 73-79.

8- ANEXOS

8.1- ANEXO 1: Lista de Verificação

	Inclusas	Exclusas
Idade de 50 anos ou mais	() sim	() não
Sintomas menopausais	() sim	() não
Tratamento fisioterapêutico	() não	() sim
Terapia de reposição hormonal	() não	() sim
Condições físicas de exercícios em solo	() sim	() não
Contra indicação médica ao exercício	() não	() sim
Cirurgia ginecológica	() não	() sim
Alteração cognitiva	() não	() sim
Habilidade em realizar corretamente a contração do assoalho pélvico	() não	() sim
Apta à participar	() sim	() não
Aceita participar	() sim	() não

8.2- ANEXO 2: Avaliação Fisioterapêutica - Inicial e Final

Data da avaliação inicial: ____/____/____ Nº no estudo: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____

Estado civil: _____ Telefones: _____

Endereço: _____

Profissão: _____ Horas trabalhadas/por dia: _____

Postura mais frequente no trabalho: () sentada () em pé () outra: _____

Peso: _____ Altura: _____ Circ. Abdominal: _____

Queixa Principal: _____

Outras atividades diárias: _____

Atividade física: () sim () não Qual: _____

Quanto tempo: _____

Hábitos de vida: () fumo () álcool () outros Quais: _____

Ciclos menstruais: () ausentes - há quanto tempo? _____ () irregulares - há quanto tempo? _____ () regulares

Data da última menstruação: ____/____/____ Menopausada há: _____ anos

Medicamentos que utiliza atualmente: _____

Antecedentes pessoais – doenças associados: _____

Antecedentes obstétricos: G ____ PN ____ PC ____ A ____

Cirurgias Anteriores: _____ Data: ____/____/____

Dores: () ausentes () presentes Local da(s) dor(es): _____

EVA: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Tempo de sintomatologia: _____

Demais considerações: _____

QUESTIONÁRIOS - INICIAL

Índice Menopausal de Kupperman: () leve () moderado () severo

Disfunção sexual: _____

Sintomas urinários: _____

SF-36: _____

EXAME GINECOLÓGICO - INICIAL

Inspeção: _____

Sensibilidade: _____

Consciência da contração da MAP: () ruim () regular () boa

OXFORD: (0) (1) (2) (3) (4) (5) Sustentação: _____

PERINEOMETRIA

Contração máxima a: ____ Contração máxima b: ____ Contração máxima c: ____

Duração a: ____ Duração b: ____ Duração c: ____

QUESTIONÁRIOS – FINAL

Data: ____/____/____

Índice Menopausal de Kupperman: () leve () moderado () severo

Disfunção sexual: _____

Sintomas urinários: _____

SF-36: _____

EXAME GINECOLÓGICO - FINAL

Data: ____/____/____

Inspeção: _____

Sensibilidade: _____

Consciência da contração da MAP: () ruim () regular () boa

OXFORD: (0)(1) (2) (3) (4) (5) Sustentação: _____

PERINEOMETRIA

Contração máxima a: _____ Contração máxima b: _____ Contração máxima c: _____

Duração a: _____ Duração b: _____ Duração c: _____

8.3- ANEXO 3: Índice Menopausal de Kupperman

nº no estudo: _____

SINTOMAS	LEVES	MODERADOS	INTENSOS
Ondas de calor	4	8	12
Parestesia	2	4	6
Insônia	2	4	6
Nervosismo	2	4	6
Depressão	1	2	3
Fadiga	1	2	3
Artralgia/mialgia	1	2	3
Cefaléia	1	2	3
Palpitação	1	2	3
Zumbido no ouvido	1	2	3
Total	17	34	51

LEVES: até 19 – MODERADOS: de 20 a 35 – INTENSOS: mais de 35

8.4- ANEXO 4: Questionário SF-36 de qualidade de vida

Nº no estudo: _____

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro de como responder, tente fazer o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente – 1 muito boa –2 boa-3 ruim-4 muito ruim-5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- Muito melhor agora do que um ano atrás –1
- Um pouco melhor agora do que um ano atrás – 2
- Quase a mesma de um ano atrás – 3
- Um pouco pior agora do que um ano atrás – 4
- Muito pior agora do que um ano atrás –5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta pouco	Não, não dificulta de modo algum.
a) atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos	1	2	3

pesados, participar de esportes árduos.			
b) atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa...	1	2	3
c) levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) subir vários lances de escadas	1	2	3
e) subir um lance de escada	1	2	3
f) curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) andar mais que um quilômetro	1	2	3
h) andar vários quarteirões	1	2	3
i) andar um quarteirão	1	2	3
j) tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer atividade com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física, ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma-1 / ligeiramente-2 / moderadamente-3 / bastante-4 /extremamente-5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

Nenhuma –1 / muito leve-2 / leve-3 / moderada-4 / grave-5 / muito grave-6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa)?

De maneira alguma-1 / um pouco-2 / moderadamente-3 / bastante-4 / extremamente-5

9. Estas questões são como você se sente, e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Um boa parte do tempo	Alguma Parte do tempo	Uma Pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem	1	2	3	4	5	6

se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo-1 / a maior parte do tempo-2 / alguma parte do tempo-3 / uma pequena parte do tempo-4 / nenhuma parte do tempo-5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

8.5- Anexo 5: Manual de Exercícios

Manual elaborado para o projeto de extensão "Assistência Multidisciplinar no Climatério"



Docentes responsáveis:
Maria Teresa Páez do Amaral
Miriã R. Diniz Zanetti
Tânia Scudeller

Estudantes:
Ana Paula Campelo
Camila Martins
Camilla Sales
Giovanna Pinheiro
Heloisa Domingos
Luciana Aguiar
Marcelle C. Franco
Sabrina De Martini

Ilustrações por: Sabrina De Martini

Orientações para Mulheres no Climatério

O que é Climatério?

O **climatério** é uma época de modificações na vida da mulher, representando a transição entre o período reprodutivo e, geralmente, acontece dos 40 aos 65 anos.

Como acontece?

Nessa fase, devido à queda de um hormônio conhecido como estradiol, acontece a **menopausa**, que nada mais é do que a interrupção permanente da menstruação.

A menopausa é confirmada quando há a ausência da menstruação por 12 meses seguidos.

Quais os sintomas?

Nesse momento de transformações, cerca de 60 a 80% das mulheres sofrem **sintomas** desagradáveis associados ao climatério, tais como ondas de calor, insônia, irritabilidade, insegurança, diminuição do desejo sexual, solidão, angústia, depressão, entre outros.

O que fazer?

A prática regular do **exercício físico** é muito benéfica para combater tais sintomas, assim como melhorar a autoestima e a qualidade de vida. E esse é o objetivo desse manual.

DEITADA

Espreguiçar

Posição inicial: deitada de barriga pra cima. Em uma superfície confortável, estique os braços e as pernas como se estivesse espreguiçando. Mantenha a posição por 10 segundos;



Puxando os Joelhos

Posição inicial: com os dois joelhos dobrados e pés apoiados no chão. Leve um joelho em direção ao peito e abrace-o. Mantenha a posição por 30 segundos. Repita com a outra perna e depois com as duas pernas ao mesmo tempo.



Abdominal

Posição inicial: com os pés apoiados no chão, joelhos dobrados e levemente separados, com as mãos atrás da cabeça. Levante os ombros tirando-os do chão e em seguida retorne ao solo. Faça 10 movimentos, descanse por 30 segundos a 1 minuto, e depois repita, realizando mais 10 movimentos.



Ponte

Posição inicial: joelhos dobrados e pés afastados apoiados no chão. Levante o quadril até que parte das costas também saia do chão. Mantenha a posição por 10 segundos e repita o movimento mais 2 vezes.



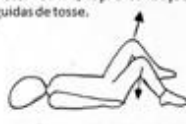
Pressionar a Bola

Posição inicial: joelhos dobrados com uma bola ou objeto entre eles e os pés apoiados no chão. Pressione a bola entre os joelhos mantendo por 10 segundos e relaxe. Repita esse movimento mais 2 vezes.



Assoalho pélvico

Posição inicial: com as costas e pés no chão, joelhos dobrados, braços ao lado do corpo no chão, afaste-os levemente. Faça 8 a 12 contrações o mais fortes que conseguir, segurando cada contração por 6 a 8 segundos. Depois faça 3 a 4 contrações rápidas. Por fim, faça 5 contrações seguidas de tosse.



DEITADA DE LADO Abridor

Posição inicial: deitada de lado com os joelhos e o quadril dobrados, levante o joelho que está em cima sem afastar os pés. Realize o movimento 10 vezes, e então repita do outro lado com a outra perna.



SENTADA Borboleta

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum, junte as solas dos pés, tentando aproximar o máximo possível a lateral dos joelhos no chão. Balance as pernas por 30 segundos. Depois, apoie as mãos ou os cotovelos nos joelhos fazendo força para baixo como se quisesse encostar no chão.



Alcance

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum, estique uma das pernas lateralmente, com os dedos dos pés apontados para cima. Tente alcançar os dedos dos pés e mantenha a posição por 30 segundos e repita com a outra perna.



Alongamento de Pescoço

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum, com as pernas cruzadas. Incline e aproxime a cabeça em direção ao ombro, com a ajuda da mão. Mantenha na posição por 30 segundos e repita para o outro lado.



Alongamento de Pescoço

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum, com as pernas dobradas. Aproxime o queixo no peito, como se olhasse para baixo, podendo ajudar com as mãos. Mantenha por 30 segundos.



Alongamento de Pescoço

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum, com as pernas cruzadas. Afaste o queixo do peito com a boca fechada, como se olhasse para o teto. Mantenha por 30 segundos.



Cruzar os braços

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum, com as pernas cruzadas. Com o braço direito esticado, leve-o para o lado esquerdo e olhe para a direita. Mantenha por 30 segundos e repita para o outro lado.



Puxar os dedos

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum com as pernas cruzadas. Estique um braço em frente ao corpo, com os dedos voltados para cima e para trás com a ajuda da outra mão. Mantenha por 30 segundos e repita com o outro braço.



Sutiã



Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum com as pernas cruzadas. Com um braço por cima e outro por baixo, leve as mãos às costas e tente juntá-las. Mantenha por 30 segundos e repita do outro lado.

Empurrar parede

Posição inicial: com as costas apoiadas na parede, levante os braços para o lado até a altura dos ombros, dobre os cotovelos. Empurre a parede, fazendo força para trás. Mantenha por 20 segundos, descanse 30 segundos e repita o processo.



Assoalho pélvico

Posição inicial: sentada sobre os ossos do bumbum, com as pernas dobradas. Faça 8 a 12 contrações o mais forte que conseguir, segurando cada contração por 6 a 8 segundos. Depois faça 3 a 4 contrações rápidas. Por fim, faça 5 contrações seguidas de tosse.



EM QUATRO APOIOS

Avião de Quatro

Posição inicial: mãos e joelhos no chão, levemente afastados. Tire a mão direita e a perna esquerda do chão, esticando-os. Mantenha por 10 segundos. Depois repita o processo dessa vez tirando a mão esquerda e a perna direita do chão, também os esticando. Mantenha por 10 segundos, repita 2 vezes.



Gato

Posição inicial: com as mãos e joelhos no chão, levemente afastados.

Olhe para cima, puxando o ar pelo nariz, empinando o bumbum e mantenha por 5 segundos. Depois, olhe para baixo, soltando o ar pela boca, formando um "C" com as costas, imitando um camelo. Mantenha por 5 segundos. Repita todo o processo 3 vezes.



Desenrolar

Posição inicial: sentada nos calcanhares com a cabeça e tronco para baixo.

Estique os braços em frente ao corpo. Mantenha por 20 segundos. Para ficar em pé, suba o tronco e a cabeça fazendo o movimento de C com as costas até chegar à cabeça (que será a última).



EM PÉ

Pé no bumbum

Posição inicial: em pé. Apoie uma mão na parede, dobre uma perna para trás levando em direção ao bumbum e com a ajuda da outra mão segure o pé e mantenha a posição por 30 segundos. Repita com a outra perna e mantenha por mais 30 segundos. Cuidado com o alinhamento do joelho.



Batata da perna

Posição inicial: em pé.

De frente para a parede, apoie as mãos. Afaste e estique uma perna para trás o máximo que conseguir sem tirar o calcanhar do chão. Dobre a perna que estiver à frente. Mantenha por 30 segundos e repita com a outra perna.



Banco invisível

Posição inicial: em pé com as costas apoiadas as pernas e as mãos distantes da parede. Lentamente dobre os joelhos e o quadril como se fosse sentar em um banquinho imaginário. Cuidado para que os joelhos não ultrapassem a linha dos pés. Mantenha a posição por 10 segundos, descanse 30 segundos e repita.



Saci

Posição inicial: em pé. Fique apoiada em um pé só por 20 segundos, depois troque o pé de apoio. Se necessário fique próxima a algum apoio para o caso de se desequilibrar.



Saci vendado

Posição inicial: em pé. Fique apoiada em um pé só por 20 segundos, dessa vez com os olhos fechados, depois troque o pé de apoio. Se necessário fique próxima a algum apoio para o caso de se desequilibrar.



Avião

Posição inicial: em pé. Com o pé direito apoiado e pernas esticadas, eleve a perna esquerda para trás e estique os braços ao lado do corpo imitando um aviãozinho, incline levemente o corpo para frente. Não se esquecendo de contrair a barriga (abdome). Mantenha por 30 segundos e troque a perna de apoio. 2 vezes com cada perna.



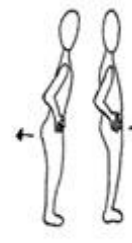
Assoalho pélvico

Posição inicial: em pé, com as pernas levemente afastadas, faça de 8 a 12 contrações o mais forte que conseguir, segurando cada contração por 6 a 8 segundos. Depois faça 3 a 4 contrações rápidas. Por fim, faça 5 contrações seguidas de tosse.



Rebolado

Posição inicial: em pé. Apoie as mãos na cintura e mexa o quadril e o bumbum para frente e para trás, por 30 segundos.



Círculo

Posição inicial: em pé. Apoiada em um pé só, faça 10 círculos com o pé direito sem encostar no chão, repita o processo para o pé esquerdo.



Corda Bamba

Posição inicial: em pé. Imagine uma linha no chão e caminhe 20 passos sobre ela de maneira que o calcanhar do pé da frente encoste nos dedos do pé de trás.



Marcha Soldado

Posição inicial: em pé. Ande levantando o joelho direito na altura do quadril encostando a mão esquerda nele. Repita com o joelho esquerdo e a mão direita. Alternando os dois movimentos, por 20 passos.



1- Você se sentiu insegura ou com medo na hora de fazer os exercícios?
() sim () não

2- Você teve dificuldade em encontrar tempo para fazer os exercícios?
() sim () não

3- Você teve dificuldade para achar um local apropriado para fazer os exercícios?
() sim () não

4- Você teve dificuldade para entender os exercícios?
() sim () não

Resposta	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1- Você se sentiu insegura ou com medo na hora de fazer os exercícios?								
2- Você teve dificuldade em encontrar tempo para fazer os exercícios?								
3- Você teve dificuldade para achar um local apropriado para fazer os exercícios?								
4- Você teve dificuldade para entender os exercícios?								